

SENKOP

Uzm. Dr. Osman Oğuz Tuncer

TANIM

Tıbbi müdahale olmaksızın kendiliğinden ve tamamen düzelen postural tonus kaybı ile ilişkili kısa süreli bilinç kaybını içeren semptom kompleksidir.

Her yıl acil servis başvurularının %1-2

Hastane başvurularının %6'sı senkop nedeniyledir.

Tüm yaşamı boyunca her dört kişiden birinin senkop geçirdiği tahmin edilmektedir.

Yapılan çalışmalarda bayanlarda daha sık gözlenmiştir.

Yaş ile birlikte sıklığı ve morbidite riski artar.

Presenkop. senkopun öncül hali olup bilinç kaybı görülmez.Öncesinde başdönmesi,terleme,göz kararması,bulantı,halsizlik gibi prodromal semptomlar olabilir.



PATOFİZYOLOJİ

- Her iki serebral kortekse veya beyin sapı retiküler aktive edici sisteme 10-15 saniye boyunca kan akımının veya vital besin kaynaklarının kısıtlanması bilinç kaybına ve postural tonus kaybına yol açar.
- Serebral perfüzyonun %35 azalması veya 5-10 saniye boyunca tamamen kesilmesi semptomların gelişmesine neden olacaktır.
- Bunun dışında kardiyak outputta azalma, vazospazm ve kan akımında diğer değişikliklerde SSS'ne kan akımını azaltarak senkopun oluşumuna katkı sağlamaktadır.



ETİYOLOJİ

- Yapısal kalp hastalığı olmayanlarda en sık senkop sebebi vazovagal senkoptur.
- Kardiyak kökenli senkop en kötü prognoza sahip olup yıllık mortalite %20-30 dur.
- Framingham çalışması (7814 hasta 17 yıl boyunca izlenmiş, 822 hastada senkop rapor edilmiş)
Çalışmada senkop nedenleri: vazovagal (%21), kardiyak (%10), ortostatik (%9), nöbet (%5), nörolojik (%4,1) ve nedeni bilinmeyen (%37) olarak sıralanmıştır.
- Day ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %40 vazovagal –psikojenik, %32 hastada SSS, %8 kardiyak, %7 ilaca bağlı, %13 nedeni bilinmeyen olarak sıralanmıştır.



ETİYOLOJİ

- Kapoor senkop olgularını genç (15-59) ve yaşlı (60-90) olarak sınıflandırmış. Bu çalışmada yaşlıların %33,8' inde, gençlerin %16,8'inde kardiyovasküler nedenler ön planda çıkmış, nonkardiyovasküler nedenler yaşlıların %26,7' sinde gençlerin ise %37,9 'unda daha fazla gözlenmiştir.



ETİYOLOJİ

○ REFLEKS (NÖRAL ARACILI) SENKOP

Vazovagal:

-Duygusal strese (korku, ağrı, enstrümentasyon vb.)

-Ortostatik strese bağlı

Durumsal:

-öksürük, hapşırık

-gastrointestinal sitümülasyon
(yutkunma, defekasyon)

-miksiyon

-egzersiz sonrası

Karotis sinüs senkopu



ETİYOLOJİ

○ **ORTOSTATİK HİPOTANSİYONA BAĞLI SENKOP**

Birincil otonomik bozukluk:

-multisistem atrofisi, otonomik bozukluk ile birlikte parkinson hastalığı, lewy cisimcikli demans

İkincil otonomik bozukluk:

-diabet, amiloidoz, üremi, spinal kord zedelenmeleri

İlaca bağlı ortostatik hipotansiyon

Volüm azalması:

- hemoraji, diyare, kusma



ETİYOLOJİ

○ KARDİYAK NEDENLİ SENKOP

Yapısal kardiyopulmoner hastalık:

- aort darlığı, triküspit darlık, mitral darlık
- kardiyomiyopati
- pulmoner hipertansiyon
- konjenital kalp hastalığı
- miksoma
- perikardial hastalık
- aort diseksiyonu
- pulmoner emboli
- miyokardial iskemi
- miyokard infarktüsü



ETİYOLOJİ

Disritmiler:

- bradiaritmiler
- stokes-adams atağı
- sinüs düğümü hastalığı
- 2.-3. derece kalp bloğu
- pacemaker disfonksiyonu
- taşiaritmiler
- ventriküler taşikardi
- torsades de pointes
- supraventriküler taşikardi
- atrial fibrilasyon veya flutter



ETİYOLOJİ

○ NÖROLOJİK

- geçici iskemik atak
- subklaviyan kaçış
- migren

PSİKIYATRİK

İLAÇLAR

NEDENİ BİLİNMEYEN

DİĞER hipoglisemi, hipocalem' ye bağlı aritmi



SENKOP İLE İLİŞKİLİ İLAÇLAR

- Antihipertansifler
- B-blokerler
- Kardiyak glikozidler
- Diüretikler
- Antidisritmikler
- Antipsikotikler
- Antidepresanlar
- Fenotiyazinler
- Nitratlar
- Alkol
- Kokain



KARDİYAK NEDENLİ SENKOP

- Yapısal kalp hastalıkları ve disritmiler
- Mortalite diğer senkop nedenlerine göre daha fazladır. Soteriades et al. (N Engl J Med. 2002)
- Yaşlılarda daha sık
- Tedavi edilmeyen kardiyak senkop %18-%33 mortalite riski artmıştır. Martin et al. (Ann Emerg Med. 1997)



KARDİYAK NEDENLİ SENKOP

- The San Francisco Syncope Rule (Ann Emerg Med. 2006)

- Anormal EKG bulguları
- KKY hikayesi
- Dispne
- Hct<30
- Hipotansiyon

Artmış mortalite riski

491 class 3- 4 KKY hastası 1 yıllık mortalite

Senkop olanlarda %45

Senkop olmayanlarda %12 (Middlekauf et al. J Am Coll Cardiol. 1993)



KARDİYAK NEDENLİ SENKOP

- **Derhal hospitalizasyon veya yoğun bir değerlendirme gerektiren kısa süreli yüksek risk kriterleri (Avrupa Kardiyoloji Derneği Senkop Tanı ve Tedavi Klavuzu 2009 Güncellemesi)**
 - Şiddetli yapısal veya koroner arter hastalığı** (kalp yetersizliği, düşük SVEF veya geçirilmiş miyokart enfarktüsü)
 - Aritmik senkopu işaret eden klinik bulgular veya EKG bulguları**
 - *Egzersiz sırasında veya sırtüstü pozisyonda senkop
 - *Senkop sırasında çarpıntı
 - *Ailede AKÖ öyküsü
 - *Süreksiz VT
 - *Bifasiküler blok



KARDİYAK NEDENLİ SENKOP

- *Negatif kronotropik ilaçların kullanılmaması durumunda yetersiz sinüs bradikardisi (dakikada <50atım) veya sinoatriyal blok
- *Önceden uyarılmış QRS kompleksi
- *Süresi uzamış veya kısalmış QT aralığı
- *V1-V3 derivasyonunda ST yükselmeli RBBB (Brugada sendromu)
- *Sağ prekordiyal derivasyonlarda negatif T dalgaları, epsilon dalgaları ve ARVC'yi işaret eden geç ventriküler potansiyeller

Önemli komorbiditeler

- derin anemi
- elektrolit bozuklukları



KARDİYAK NEDENLİ SENKOP

- Kardiyak kökenli senkop hastaları mutlaka **hospitalize** edilerek ileri tetkik ve tedavisi planlanmalı****



ORTOSTATİK NEDENLİ SENKOP

- Postural hipotansiyon yaşlıların $\frac{1}{4}$ 'de mevcut
- Normalde ayağa kalkınca sistolik kan basıncı 5-15 mm Hg düşerken, diastolik basınçta hafif artış olur.
- Ortositaziste sistolik kan basıncında **20 mm Hg**,diastolik basınçta **10 mmHg** fazla düşüş olur.
- En önemli nedenleri:volüm kaybı,diabet,ilaç kullanımı vb.



VAZOVAGAL VEYA NÖRAL/REFLEKS ARACILI SENKOP

- Uygunsuz vagal ve sempatik tonus sonucu uygun olmayan vazodilatasyon, bradikardi ile ilişkilidir.
- Sıklıkla artmış hareket hissi ile birlikte önceden meydana gelen terleme, bulantı ,bayılma hissi gibi prodromal belirtiler eşlik eder.
- Beklenmeyen veya istenmeyen bir görüntü,ses ,korku,ciddi ağrı,emasyonel stress, uzun süreli ayakta kalmak, diz çökmek, egzersize bağlı olarak gelişebilir.
- Tilt table test vazovagal semptomun tanısı koymada yardımcı



KAROTIS SINÜS HIPERSENSİVİTESİ

- Vazovagal senkopun diğer bir tipi
- Bradikardi ve hipotansiyon ile karakterize
- Anormal derecede duyarlı karotis cisminin external basınç ile uyarılması sonucu artmış vagal yanıt bradikardiye ve 3 sn'den uzun asistoliye sebep olur.
- Traş olurken, başın sağa ve sola hareketleri, yakası sıkı kıyafet giyilmesi ve yaşlılarda tekrarlayan senkop ataklarında akla gelmelidir.
- Yaşlılarda, iskemik kalp hastalığı, erkeklerde, hipertansiyon, beyin-boyun kanseri olanlarda daha sık
- Tanıda karotis sinüs masajı
- Tekrarlayan senkopu olan ve kardiyak açıdan sorunu olmayan tüm yaşlı hastalarda düşünülmelidir.



PSİKIYATRİK HASTALIK

- Senkoplu hastaların bir çoğu psikiyatrik bozukluk ile beraber
- En sık anksiyete bzk ve major depresif bzk ile beraber
- Senkop için psikiyatrik neden, organik bir bozukluğu dışladıktan sonra düşünülmelidir.



NÖROLOJİK SENKOP

- Senkopun nadiren primer nedeni
- Ancak senkop geçiren ve SSS patolojisinin semptom veya bulgularına sahip bir hastada düşünülmelidir.
- Nörolojik nedenlerin gerçek senkop şeklinde düşünülmesi için geçici olması ve temel nörolojik semptomlara tamamen dönülmüş olması gerekir.
- Beyin sapı iskemisi, subklavian çalma sendromu, migren, SAK , geçici iskemik atak ,nöbet gibi hastalıklarda senkop görülebilmektedir.



NÖBET-SENKOP AYIRIMI

- Nöbet senkop ile en çok karışan olaydır.
- Hafif, kısa, tonik-klonik aktivite (konvülsif senkop) başka bir nedene bağlı senkopa eşlik edebilir.
- Bu iki durum aynı patofizyolojik mekanizmayı paylaşmazlar.
- Senkopun nöbetten ayrılmasında hikaye çok önemlidir.
- Bu ayrımın yapılmasında Hoefnagels ve ark 'dan uyarlanan tablo yardımcı olabilmektedir.



	olası nöbet	Olası senkop
Olay öncesi semptomlar	Aura (tuhaf koku)	Bulantı kusma, abdominal rahatsızlık, soğuk terleme ,görmede bozukluk
Bilinç kaybı sırasında bulgular (tanık ifadesine göre)	Genellikle uzun süreli tonik-klonik hareketler,başlangıçları bilinç kaybına denk gelir. Hemilateral klonik hareket Çiğneme,dudak şaplatma ,ağız köpürmesi gibi belirgin otomatizmler (parsiyel nöbet) Dil ısırma Yüzde morarma	Tonik-klonik hareketler daima kısa sürelidir (<15 sn) ve bilinç kaybından sonra başlar
Olaydan sonraki semptomlar	Uzun süreli konfüzyon Kaslarda ağrı	Genellikle kısa sürelidir.Bulantı,kusma, sararma



NÖBET -SENKOP AYRIMI

Nöbet şüphesine ilişkin düşük değerli diğer klinik bulgular (düşük spesifiteli)

- Aile öyküsü
- Olayın zamanı (gece)
- Olaydan önce 'batmalar' yaşanması
- Olaydan sonra idrarını tutamama
- Olaydan sonra yaralanma
- Olaydan sonra baş ağrısı
- Olaydan sonra uyuklama
- Bulantı ve abdominal rahatsızlık



ÖZEL POPÜLASYONLAR

○ YAŞLILAR

- Senkop ve mortalite daha fazla
- Kardiak senkop görülme daha sık
- Fizyolojik açıdan senkopa daha yatkınlar
- İlaç kullanımı fazla olduğundan dolayı ortostatik senkop riski artmış
- Yaşlılarda senkop multifaktöriyeldir ve genelde nedenin tespit edilmesi acil servislerde daha zordur.



ÖZEL POPÜLASYONLAR

HAMİLE KADINLAR

- Plesenta, AV malformasyon gibi davranarak sistemik venöz rezistansın düşmesine ve ortostatik semptomların artmasına sebep olur
- Ektopik gebelik rüptürü
- Pulmoner emboli
- İnf vena cava send (genişlemiş uterusun basısı nedeniyle)



ÖZEL POPÜLASYONLAR

ÇOCUK VE ADELOSLANLARDA

- *Kızlarda daha fazla

- *15-19 yaş peak

- *Senkop çocuklarda altta yatan kardiyak hastalıkların (WPW, brugada, kardiomiyopati vb) ilk belirtisi olabilir.

- Ailede senkop, ani ölüm öyküsü, miyokard hastalığı, aritmi hikayesi

- Egzersiz ile senkop

Altta yatan kardiyak kökenli hastalığın habercisi



HİKAYE

- Kapoor ve ark ile Martin G ve ark yaptığı çalışmalarda ayrıntılı tıbbi hikaye ve fizik muayenenin tek başına hastaların %32-35' inde senkopun etyolojisini ortaya çıkardığı bulunmuştur.



TIBBİ ÖYKÜDE ÖNEMLİ ÖZELLİKLER

Atak geçirmeden önceki durumların sorgulanması

- Pozisyon (sırtüstü, oturma pozisyonu, ayakta durma pozisyonu)
- Aktivite (istirahat, postural değişiklik, egzersizden önce veya sonra, idrar yapma, defekasyon, öksürük veya yutkunma sırasında veya hemen sonrasında)
- Predispozan faktörler (örn, kalabalık veya sıcak yerler, uzun süreli ayakta durma, postprandiyal periyot) ve yatkınlaştırıcı olaylar (örn. korku, aşırı ağrı, boyun hareketleri)



TIBBİ ÖYKÜDE ÖNEMLİ ÖZELLİKLER

Atak başlangıcında görülen durumların sorgulanması

- Bulantı, kusma, abdominal şikayetler, üşüme hissi, terleme, aura
- boyun ve omuzlarda ağrı, görmede bulanıklık, baş dönmesi
- Çarpıntı



TIBBİ ÖYKÜDE ÖNEMLİ ÖZELLİKLER

Atağın sorgulanması (gözle görülür)

Düşme şekli (devrilmek veya dizlerinin üzerine yığılmak),

Cilt rengi (solgun, siyanöz, kızarıklık),

Bilinç kaybının süresi,

Nefes alma şekli (horlama),

Hareketler (tonik, klonik, tonik-klonik, minimum miyoklonus veya otomatizm),

Düşmeye bağlı hareket başlangıcı, dili ısırma



TIBBİ ÖYKÜDE ÖNEMLİ ÖZELLİKLER

Hasta öyküsünün sorgulanması

- Ailede ani ölüm, konjenital, aritmojenik kalp hastalığı veya bayılma öyküsü
- Geçirilmiş kardiyak hastalık
- Nörolojik öykü (Parkinsonizm, epilepsi, narkolepsi)
- Metabolik bozukluklar (diyabet, vs.)
- İlaçlar (antihipertansif, antianjinal, antidepresan, antiaritmik, diüretikler ve QT aralığını uzatan ilaçlar) ve alkol de dahil olmak üzere diğer ilaçlar
- Senkop rekürrensinde ilk epizota kadar geçen süre ve nöbet sayısı



BAŞLANGIÇ DEĞERLENDİRMESİNDE TANİYA GÖTÜREN KLİNİK ÖZELLİKLER

Nöral kaynaklı senkop:

- Kalp hastalığının olmaması
- Uzun süren reküren senkop öyküsü
- Ani ve beklenmedik, hoş olmayan görme, işitme, koku alma ve ağrı
- Uzun süreli ayakta kalma veya kalabalık ve sıcak ortamlarda bulunma
- Senkop ile ilişkili bulantı, kusma
- Yemek sırasında veya yemekten sonra
- Baş rotasyonu veya karotis sinüse basınç (tümörler, tıraş, sıkı gömlek yakaları)
- Egzersiz sonrası



BAŞLANGIÇ DEĞERLENDIRMESİNDE TANıYA GÖTÜREN KLİNİK ÖZELLİKLER

Ortostatik Hipotansiyona bağlı senkop

- Ayağa kalktıktan sonra
- Hipotansiyona neden olan vazodepresif ilaçlar veya ilaç dozlarında değişiklikler ile zamansal ilişki
- Uzun süreli ayakta kalmak veya kalabalık ve sıcak ortamlarda bulunmak
- Otonomik nöropati veya Parkinsonizm varlığı



BAŞLANGIÇ DEĞERLENDIRMESİNDE TANİYA GÖTÜREN KLİNİK ÖZELLİKLER

Kardiyovasküler senkop:

- Kesin yapısal kalp hastalığı varlığı
- Ailede açıklanamayan ani ölüm öyküsü
- Egzersiz sırasında veya sırtüstü uzanırken senkop
- Anormal EKG
- Ani başlangıçlı çarpıntı ve hemen ardından senkop

Aritmik senkopu işaret eden EKG bulguları:

- Bifasiküler blok (sol anterior veya sol posterior fasiküler blok ile birlikte sol dal bloku veya sağ dal bloku olarak tanımlanır)
- Diğer intraventriküler iletim anormallikleri (≥ 0.12 saniye QRS)
- Mobitz I ikinci derece AV blok



BAŞLANGIÇ DEĞERLENDIRMESİNDE TANİYA GÖTÜREN KLİNİK ÖZELLİKLER

- Asemptomatik uygunsuz sinüs bradikardisi (dakikada <50)
- Süreksiz VT
- Önceden uyarılmış QRS kompleksleri
- Uzun veya kısa QT aralıkları
- Erken repolarizasyon
- V1-V3 derivasyonunda ST yükselmeli dal bloğu (Brugada sendromu)
- Sağ prekordiyal derivasyonlarda negatif T dalgaları, epsilon dalgaları ve ARVC'yi işaret eden geç ventriküler potansiyeller
- Miyokart enfarktüsünü işaret eden Q dalgalar



FİZİK MUAYENE VE TANı

- Acil serviste senkopun araştırılması dikkatli bir **öykü ve fizik muayene** ile başlamalıdır.
- Senkop ile ilgili son çalışmalarda iyi **bir öykü ve fm** senkop nedeni belli olan hastaların %49-85 inde tanı için yeterli olabileceği bildirilmiştir.
- Öncelikle şu sorulara yanıt verilmelidir.

*Tam bilinç kaybı görüldü mü?

*Bilinç kaybı hızlı başlangıçlı ve kısa süreli ile geçicimiydi?

*Hasta kendiliğinden iyileşti mi?

*Tamamen iyileşme görüldü mü yoksa hastada sekel kaldımı?

*Hastada postural tonus kaybı oldu mu?

Verilen yanıtlar evet ise senkop görülme olasılığı yüksektir.

Bir veya birden fazla soruya hayır yanıtı verildiyse senkopu değerlendirmeden önce bilinç kaybının diğer türleri elemine edilmelidir.



FİZİK MUAYENE VE TANı

- Senkopa sekonder **travma** bulguları
- Ayrıntılı **kardiak ve nörolojik muayene**
- Ortostatik vital bulgular
- Her iki kol TA farkı
- Üfürüm ve disritmiler açısından KVS muayenesi
- RT (gis kanama açısından)



FİZİK MUAYENE VE TANı

○ EKG ve kardiyak ritim monitörizasyonu

*EKG nin senkopun olası kardiyak nedenini açıklamada önemli olduğu gösterilmiştir.-→Day ve ark

*Özellikle ilk öykü ve FM senkop nedenini göstermiyorsa 12 derivasyonlu EKG'nin senkopun tanısal değerlendirmesinde esas olduğu gösterilmiştir.→Koopor ve ark(4)

*Akut iskemi

*Disritmi

*Kalp bloğu

*uzamış OT aralığı

*önceki kardiyopulmoner hastalık

*brugada ve WPW sendromu vb.



FİZİK MUAYENE VE TANI

○ LABORATUAR TESTLERİ

- *Kan şekeri (hipoglisemi)
- *Tam kan sayımı,gaitada gizli kan (gis kanama)
- *Serum elektrolitleri(dehidretasyon,diüretik kullanımı)
- *B-HCG (doğurganlık çağında tüm kadınlarda)
- *Kardiak enzimler (iskemiden şüpheleniyorsa)

GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ

- *PA akciğer grafisi
- *Beyin BT (nörolojik defisiti olan hastalarda)
- *EEG (nöbet)
- *EKO (kapak hastalıkları, tamponad)
- *BT Anjiyografi (diseksiyon,p.emboli)
- *Holter monitörizasyon
- *Karotis doppler usg



FİZİK MUAYENE VE TANı

○ Karotis sinüs masajı

*Karotis sinüs hipersensivitesini tanımlamak

*masaj sonrası 3 sn den da uzun bir asistolün varlığı

*kan basıncında 50mm Hg lik bir düşüş olması-→test pozitif

-yakın zamanda geçirilmiş strok (<3 ay)

-yakın zamanda geçirilmiş MI

-Karotis stenozu

-Hastada geçirilmiş VF veya VT varlığı kondrendike

**American College of Physicians position paper 60 yaş üstü tüm senkoplu olgularda KE yoksa önermektedir.



FİZİK MUAYENE VE TANı

○ Tilt-Table (Eğik Masa) Testi:

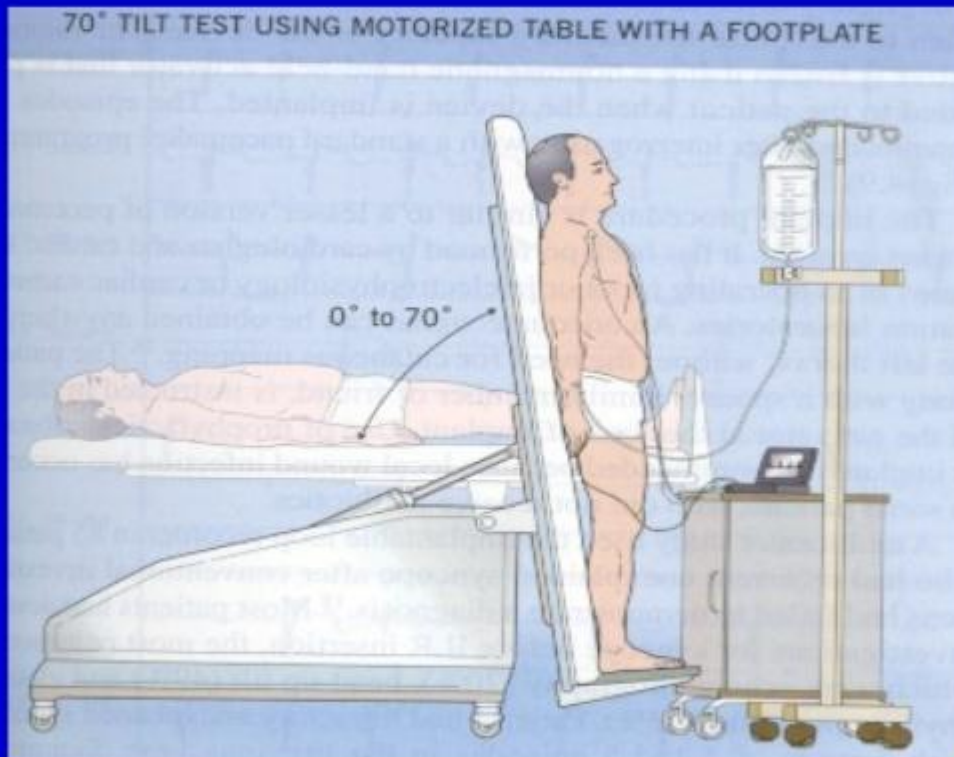
- *Vazovagal senkop tanısında

- *Bazı çalışmalarda diagnostik değeri senkoplu hastalarda %50

- * 70-80 derecelik açılarda baş yukarıda olacak şekilde bekleterek senkoku proveke etmek.



TILT –TABLE TEST



FİZİK MUAYENE VE TANI

- PSİKIYATRİK DEĞERLENDİRME
- HİPERVENTİLASYON MANEVRASI

2-3 dk, dakikada 20-30 defa derin, yavaş ve ağızdan soluk alarak

Senkop tanısı konulamamış, psikiyatrik hastalık şüphesi olan genç hastalarda faydalı

ELEKTROFİZYOLOJİK TESTLER



ACIL SERVISTE SENKOP TEDAVISI

AMAÇLAR

- Yaşamı tehdit eden **yüksek riskli** hastaları belirleyerek hospitalize etmek
- Düşük risk taşıyan hastaları belirleyerek taburcu etmek
- Daha kapsamlı değerlendirmeye ve tedaviye ihtiyaç duymayan hastaları belirlemek
- İlk değerlendirmede sonuç alınmayan hastalarda daha ayrıntılı testlerin yerini ve zamanını kararlaştırmak
- Semptomatik hastalarda risk sınıflandırmasını takiben ,etiyolojik tanı ve prognoz değerlendirmesi amacıyla söz konusu hastaların en yeni yöntemlerle klavuz temelinde değerlendirme



ACİL SERVİSTE SENKOP TEDAVİSİ

○ Hastane öncesi

*oksijen ,monitörizasyon, ıv yol

Başlangıç stabilizasyon ve tedavi

*unstabil hastalar için İKYD uygulamaları

*hipovolemi ve anemi için volüm replasmanı (sf ve kan transfüzyonu)

*altta yatan hipoglisemi ve elektrolit imbalansların tedavisi

*disritmiler ve bradikardi için atropin, pacemaker ve gerekirse İKYD uygulamaları

*Akut MI için standart uygulamalar

*SAK ve Aort Diseksiyonu için kan basıncı kontrolü

*Pulmoner emboli için trombolitikler vb gibi



ACIL SERVISTE SENKOP TEDAVISI

○ Nonfarmakolojik yaklaşımlar

*potansiyel presipite edici faktörlerden kaçınmak (aşırı sıcak, dehidretasyon, egzersiz sonrası aniden ayağa kalkma vb)

*Açıklanamayan senkoplu ve tilt testine ortostatik intoleranslı hastalarda tuz alınınımının arttırılması

*postural hipotansiyonlu olgularda elastik bandaj, yatarken yatak başının yüksekte tutulması, kalkarken baldır kaslarına fleksiyon yaptırılması, postür değiştirmede aceleci davranılmaması

*vazovagal senkoplu hastaların prodromun ilk işaretinde bacakların kalça düzeyinin yukarısına kaldırılması

*vazovagal senkoplu hastalarda disopramid, antikolinergik ajanlar (teofilin, klonidin) ve fludrokortizon, atenolol, paroksetin gibi farmakolojik ajanlar



RİSK SINIFLARININ BELİRLENMESİ

YÜKSEK RİSK GRUBU

Martin ve ark yaptığı çalışmada (1 yıllık ölüm aritminin ön belirteçlerini saptamak için)

- *aritmî öyküsü
- *anormal EKG bulguları
- *KKY öyküsü
- *Yaş >45

Quin ve ark San Francisco Senkop Kurallarına göre (1 haftalık ciddi sonuçları açısından yüksek riskli grup)

- *KKY öyküsü
- *Anormal EKG bulguları
- *Hematokrit değerinin <30 olması
- *Nefes darlığı şikayeti
- *Hastanın ölçülen sistolik kan basıncı değerinin <90mm Hg olması



RİSK SINIFLARININ BELİRLENMESİ

YÜKSEK RİSK GRUBU

ROSE (Risk Stratification of Syncope in the Emergency Department)

*BNP >300

*Gaitada gizli kan +

*Hb<9

*Oksijen saturasyonu<%94

*EKG de patolojik Q dalgaları



RISK SINIFLARININ BELIRLENMESI

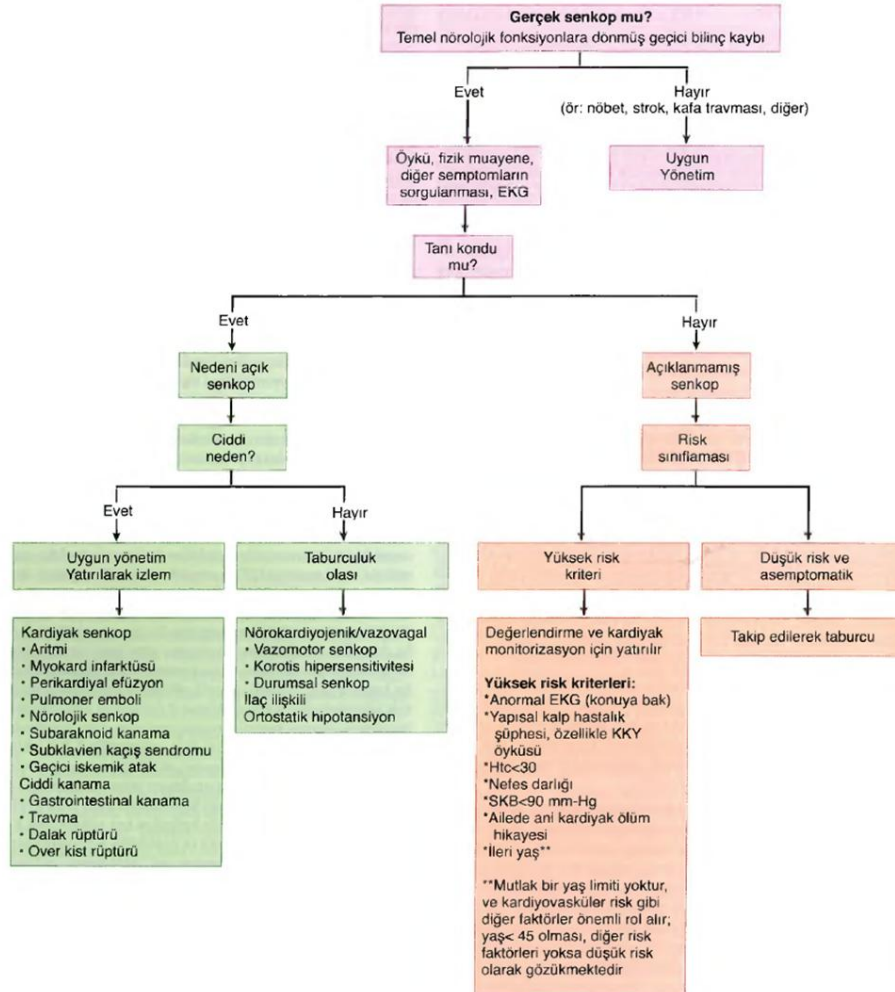
○ DÜŞÜK RİSK GRUBU

Yaş<50

- Kardiyovasküler hastalık hikayesi yok
- Vazovagal senkopla ilişkili semptomlar
- Normal KVS muayenesi
- Normal EKG



SENKOP ALGORİTMASI



SONUÇ VE ÖNEMLİ NOKTALAR

- Altta yatan kardiyak kökenli senkop ve yüksek risk grubu hastalar hospitalize edilmeli.
- Dikkatli ve iyi FM ve öykü senkopun nedenini belirlemede büyük oranda yardımcı
- Ayrıntılı nörolojik ve KVS muayenesi
- Altta yatan nedene göre spesifik tedavi
- Senkopa eşlik eden travma bulgularını gözden kaçırma
- Yaşlılarda senkop çok yönlü bir belirti olup mortalite artmış, tektik aralığı geniş tutulup mümkün olduğu kadar gözlem süresi uzun ve hospitalize edilmeli
- Motorlu araç kullanmaları, yüksek yerde çalışmaları, tehlikeli iş yerlerinde çalışmaları kısıtlanmalı



TEŞEKKÜRLER

